UNIVERSITE DE NANCY --- FACULTE DE MEDECINE
1912-1913 N° 1020

# Contribution à l'Etude

des

# Grossesses intra et extra-utérines simultanées

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1913*

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

PAR

**Mlle FINGOVA (Nadéjda)**

*Née le 2 Décembre 1883 à Kalofer (Bulgarie)*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

| | | |
|---|---|---|
| MM. WEISS | professeur | *Président* |
| CHRÉTIEN | professeur | *Juges* |
| SCHUHL | agrégé | *Juges* |
| SENCERT | agrégé | *Juges* |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
IMPRIMERIE HÉRÉ, 3 PLACE CARNOT

1913

UNIVERSITE DE NANCY --- FACULTE DE MEDECINE
1912-1913 N° 1020

# Contribution à l'Etude

des

# Grossesses intra et extra-utérines simultanées

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1913*

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

PAR

**Mlle FINGOVA (Nadéjda)**

*Née le 2 Décembre 1883 à Kalofer (Bulgarie)*

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

| | | |
|---|---|---|
| MM. WEISS | professeur | *Président* |
| CHRÉTIEN | professeur | *Juges* |
| SCHUHL | agrégé | *Juges* |
| SENCERT | agrégé | *Juges* |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
IMPRIMERIE HÉRÉ, 3 PLACE CARNOT

1913

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

*Doyen* : M. GROSS, O ✲, I ✪
*Assesseur* : M. WEISS, ✲, I ✪
*Professeurs honoraires* : MM BEAUNIS, ✲, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪
BERNHEIM, O ✲, I ✪

*Professeurs*

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | M. GROSS, O ✲, I ✪. |
| Physique médicale | M. CHARPENTIER, ✲, I ✪. |
| Médecine opératoire | M. CHRÉTIEN, I ✪. |
| Clinique chirurgicale | M. WEISS, ✲, I ✪. |
| Chimie médicale et toxicologie | M. GARNIER, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SPILLMANN, I ✪. |
| Clinique obstétricale et Accouchements | M. A. HERRGOTT, ✲, I ✪. |
| Hygiène | M. MACÉ, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SIMON, I ✪. |
| Physiologie | M. MEYER, ✲, I ✪. |
| Pathologie gén. et Pathologie interne | M. ETIENNE, I ✪. |
| Histoire naturelle médicale | M. VILLEMIN, I ✪. |
| Clinique ophtalmologique | M. ROHMER I ✪. |
| Médecine légale | M. PARISOT, ✲, I ✪. |
| Clinique des maladies des enfants | M. HAUSHALTER, I ✪. |
| Histologie | M BOUIN, I ✪. |
| Anatomie descriptive | M. ANCEL, I ✪. |
| Anatomie pathologique | M. HOCHE, I ✪. |

*Professeurs-adjoints*

| | |
|---|---|
| Clinique d'électrothérapie (1) | M. GUILLOZ, ✲, I ✪. |
| Pathologie externe | M. VAUTRIN, I ✪. |

*Chargé de Cours complémentaires*

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards | M. RICHON, A ✪, agrégé. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | M L. SPILLMANN, I ✪, agrégé libre. |
| Accouchements | M SCHUHL, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie (1) | M, FRŒLICH, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) | M. JACQUES, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des voies urinaires (1) | M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des maladies mentales | M. PARIS, I ✪. |
| Médecine opératoire | M. MICHEL, I ✪ agrégé libre. |
| Thérapeutique et Matière médicale | M. ZILGIEN I ✪, agrégé libre. |

## Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✲, I ✪.
LAMBERT, I ✪,
RICHON, A. ✪.
G. GROSS, I ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.

MM. COLLIN, A. ✪.
DUFOUR, I ✪
SENCERT, A. ✪.
ROBERT, A. ✪.

MM. BUSQUET.
LUCIEN, A. ✪
BINET.
PERRIN, A. ✪.

## Agrégés libres

MM. REMY, A. ✪, FÉVRIER, O ✲, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪
JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪ L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, (M), I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

*L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

*A MON ONCLE*

LE DOCTEUR N. KAZALMICHEFF

*A MES SŒURS ET A MES FRÈRES*

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

Doyen de la Faculté de Médecine

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

# Introduction

C'est à notre maître M. le professeur agrégé Sencert que nous devons le sujet de notre thèse, et c'est sur ses conseils et son inspiration directe que nous avons entrepris cette étude.

M. le professeur agrégé Sencert a bien voulu nous confier l'observation d'une malade soignée par lui dans le service de M. le professeur Weiss, et qui a présenté une grossesse intra-utérine développée en même temps qu'une grossesse extra-utérine.

Cette observation a servi de base à ce modeste travail, dans lequel nous avons tenté de réunir les cas semblables, qui ont été publiés en France et à l'étranger

L'étude des grossesses intra et extra-utérine simultanées ne date pas de longtemps, mais les travaux se sont multipliés beaucoup ces dernières années. Il a fallu le progrès de la gynécologie et le prodigieux essor de la chirurgie générale pour mettre en évidence l'existence de cette étrange et dangereuse coïncidence. On sait combien

souvent la grossesse extra-utérine est méconnue et on conçoit avec quelle facilité sa symptomatologie peut se perdre dans les signes d'une grossesse utérine plus ou moins anormale.

Dans notre travail nous ne nous occupons que des cas, où les deux grossesses ont été fécondées en même temps, et au moins, où les deux fœtus ont vécu et se sont développés simultanément, l'un restant en dehors de l'utérus, l'autre prenant la position normale dans cet organe. Nous laisserons de côté les cas, où le fœtus utérin se développe à côté d'un fœtus mort et maintenu, durant des années, en dehors de l'utérus.

Notre travail a pour but de grouper tous les faits actuellement connus et de déterminer à la lumière de ces faits les modalités cliniques suivant lesquelles évolue le double phénomène que nous étudions. A l'heure où nous sommes, la pathogénie et l'étiologie de cette coïncidence sont encore fort obscures, comme du reste celles de la grossesse extra-utérine simple.

Nous commençons notre travail par l'exposition de l'observation de notre malade, ensuite nous developperons quelques considérations générales sur la fréquence, l'étiologie, la symptomatologie de cette affection en faisant surtout ressortir l'importance d'un diagnostic précoce et d'un rapide traitement, que l'on doit appliquer vu le grand danger que court la mère.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir à remplir, et nous sommes heureuse d'avoir enfin une occasion d'exprimer bien faiblement la reconnaissance, que nous devons à tous nos maîtres des hôpitaux, dont les leçons éclairées ne nous ont jamais fait défaut au lit

du malade, et les assurer que nous nous souviendrons toujours de leurs bons conseils.

Que M. le professeur Weiss veuille bien recevoir l'expression de toute notre reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions également M. le professeur agrégé Sencert de vouloir bien accepter tous nos remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner à l'occasion de ce travail.

Nous adressons aussi nos vifs remerciements à MM. les professeurs Chrétien et Schuhl pour l'honneur qu'ils nous ont fait d'être nos juges.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0030

## OBSERVATION

(Due à l'obligence de M. le professeur agrégé Sencert.)

Mme G..., âgée de 38 ans, demeurant rue du Montet, à Nancy, a joui jusqu'à présent d'une santé parfaite. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans et l'a toujours été régulièrement depuis. Cependant depuis son mariage, les règles étaïent devenues douloureuses.

Il y a 6 ans, la malade a eu une bartholénite qui fut ouverte chirurgicalement ; depuis ce moment, elle a toujours eu une abondante leucorrhée.

Premier accouchement, il y a 20 mois. La mère a nourri son enfant jusqu'à présent. L'accouchement a été normal ; les suites de couche apyrétiques, mais les règles n'ont pas reparu.

Le 5 février 1913 surviennent de vives douleurs abdominales, bientôt suivies d'une perte sanguine abondante et la malade, qui ne se savait pas enceinte fait un avortement de 3 mois. Le fœtus expulsé mesurait 10 centimètres de longueur. Les suites immédiates de cet avortement furent d'abord très simples. Puis le 12e jour survient une légère hémorragie. Le 13e jour survient brusquement une douleur déchirante dans le bas-ventre, surtout marquée du côté droit, avec phénomènes généraux très alarmants : pâleur de la face, syncopes répétées, pouls petit et fréquent, sueurs froides, abondantes, vomissements bilieux.

Bien que frappé par la discordance entre les symptômes généraux présentés par la malade et la très minime hémorragie utérine, le médecin traitant met cependant tous les symptômes d'anémie sur le compte de l'utérus et prescrit le repos horizontal, l'immobilité, la glace sur le ventre, tout en s'efforçant de parer à l'anémie menaçante par des injections répétées de sérum artificiel. Sur l'influence de ce traitement, l'état général semble s'améliorer ; les douleurs s'atténuent, l'hémorragie utérine s'arrête. Trois jours après, survient une nouvelle douleur abdominale, extrêmement vive et brusque, suivie de syncope ; la malade, déjà très pâle, pâlit encore ; le corps se couvre de sueurs froides. Il est évident qu'il se produit une hémorragie interne.

Le lendemain, la malade est vue par les docteurs Mathieu et Sencert. A ce moment la malade est pâle, les muqueuses décolorées, le pouls bat à 120 ; la température est à 36,5. La malade a eu la veille quelques vomissements, qui sont actuellement arrêtés. Les douleurs sont beaucoup moins vives que la veille.

Localement on constate que le ventre est relativement souple, sauf dans la partie tout à fait inférieure, où il existe surtout à droite de la contracture de défense. A la percution, la sonorité est normale, sauf dans la fosse iliaque, droite, où il existe une zone de submatité. Au toucher, on trouve le col ramolli, gros, tumifié, refoulé en haut et en avant. Le cul-de-sac postérieur bombe sous une tuméfaction fluctuante, douloureuse, et très tendu.

La malade est transporté à l'hôpital civil de Nancy, où elle est reçue, à son entrée, par M. le professeurWeiss et M. le professeur agrégé Sencert. A ce moment l'état de la malade est peu rassurant .Epuisée par un avortement récent, par les crises douloureuses avec phénomènes d'anémie aiguë, qui se succèdent depuis plusieurs jours, cette femme a un teint jaune-paille, terreux, un pouls petit et misérable, tous phénomènes qui ne laissent pas de doute sur la gravité de la situation.

En présence des symptômes généraux présentés par la malade, et de symptômes locaux qui sont ceux d'un gros épanchement pelvien, on porte le diagnostic de volumineuse hématocèle rétro-utérine, consécutive à un avortement tubaire. On décide e faire séance tenante une colpotomie.

M. le professeur agrégé Sencert pratique la colpotomie ; une quantité considérable de sang noir, avec quelques gros caillots, s'échappe par l'incision vaginale. Un drain en T est placé dans le Douglas. On fait un léger tamponnement vaginal.

Après quelques jours pendant lesquels la malade présente une légères élévation thermique, l'apyrexie complète survient. La malade reprit peu à peu bonne mine et quitte l'hôpital en très bon état un mois après l'intervention.

Quelques temps après, M. le professeur agrégé Sencert est rappelé auprès de la malade qui présente de nouveau des douleurs abdominales. M. Sencert constate les signes d'une tumification rétro et latéro-utérine et propose à la malade dont l'état général s'est notablement amélioré, une laparotomie. La malade rentre dans le service de M. le professeur Weiss, mais devant l'amélioration qui a suivi quelques jours de repos, elle demande à rentrer chez elle. Elle quitte l'hôpital le 15 avril 1913.

Depuis ce moment, sa santé est restée excellente.

## CHAPITRE PREMIER

### Historique

L'étude des grossesses intra et extra-utérines simultanées est de date relativemnet récente, et les quelques documents que nous possédons, antérieurs à la période aseptique et vraiment chirurgicale manquent, la plupart du temps, de précision. Cette question était surtout très peu étudiée en France, presque tous les travaux que nous possédons viennent de l'étranger ; les auteurs français sont restés à peu près muets sur cette si intéressante variété de prossesse combinée.

Jusqu'à 1903 au moment où Bichat publie son travail dans la Revue de gynecologie et de chirurgie abdominale, n'ont apparu que des observations isolées.

La première observation en date est celle de Duverney (1708), puis celle de Mme Lachapelle (1811), de Cliet (1818), etc. C'est Bichat, le premier, qui fait un travail plus complet et étudie cette question. Dans son travail, il réunit 49 observations qu'il classe d'après les dates d'apparition. Presque en même temps que lui, Pacalin,

de Lyon rapporta dans sa thèse 71 observations. Puis Dupouy, en 1904, dans sa thèse également, cite une observation personnelle et groupe les cas déjà en partie rapportés par Pacalin.

Nous avons ensuite la thèse de Ployé, de Bordeaux, en 1907, qui réunit 63 cas, la plus grande partie déjà publiés par Bichat, et celle de Barrio, de Paris 1910, qui cite 17 observations dont une personnelle.

La littérature étrangère est beaucoup plus riche en travaux relatifs à cette question, il y en a qui sont de date beaucoup plus ancienne. Le premier travail est celui de Parrey en 1876, qui cite 23 cas et où il tente d'établir la proportion de grossesse intra et extra-utérine simultanées par rapport aux grossesses ectopiques simples.

Plus tard, en 1881, suit le travail de Browne, qui parle de 24 cas.

Gutzwiller rapporta dans « Archiv für gynakologie » en 1893 18 cas nouveaux et en fait une étude assez approndie.

Moseley publie en 1896 14 cas, y compris un cas personnel.

En 1894 Von Schrenk étudie la fréquence de la grassesse intra et extra-utérine simultanée relativement aux grossesses utérines ordinaires.

En 1900 parut un travail plus considérable de Strauss, qui étudie 37 observations, dont une personnelle.

Mais nous devons venir jusqu'à 1901 pour trouver un travail presque complet sur ce sujet. C'est le travail de Nanna Christer Nillsson, qui réunit dans une même statistique un total de 68 cas. Ce travail englobe à peu près tous les cas cités jusqu'à cette date.

Puis Zinke, en 1902, publie 71 cas.

Encore plus important est le travail de Simpson, paru en 1904 dans « L'American Journal af Obstretrics of New York, où l'auteur réunit 113 observations.

Plus tard, en 1905, Weibel publie 119 observations et fait une étude assez approfondie.

En 1907 Neugebauer fait l'étude critique de 171 cas.

En 1909 parut la thèse de Miller d'Erlangen, puis les travaux de Lea, Immel, etc.

Depuis cette époque les cas relatés sont devenus de plus en plus nombreux et l'étude de ces cas devient plus approfondie et plus scientifique.

## CHAPITRE II

### Fréquence

Il est encore bien difficile d'évaluer exactement la fréquence des grossesses intra et extra-utérines simultanées, car bon nombre des grossesses ectopiques restent encore méconnues. Mais on peut dire que, avec le progrès de la chirurgie, les cas publiés se sont multipliés ces dernières années d'une façon étonnante : Wertheim, en 1904, compte 130 pareils cas, Weibel, en 1905, en cite 119, Neugebauer, en 1907, fait un travail critique sur 171 cas, etc.

Cette fréquence est difficile à établir parce que dans beaucoup de cas, le fait n'est pas reconnu, on prend quelquefois pour un avortement utérin le rejet de la caduque utérine hypertrofiée du fait d'une grossesse extra-utérine, ou l'œuf utérin est considéré comme une déciduale pendant une grossesse tubaire, ou bien encore on n'a pas du tout soupçonné l'existence de l'œuf tubaire, croyant avoir affaire à une grossesse utérine simple.

Il est intérssant de savoir le rapport qui existe entre la grossesse intra et extra-utérine combinée et la gros-

sesse extra-utérine simple unilatérale. Il est oiseux de dire à l'heure actuelle que les grossesse ectopiques unilatérales sont relativement fréquentes : il n'est pour ainsi dire pas de chirurgien, qui n'en puisse citer un certain nombre d'observations personnelles. Perry, qui le premier étudie cette question, conclut que sur 500 cas de grossesse extra-utérine il a trouvé 22 cas de grossesse intra et extra-utérine combinée. La proportion est donc d'après lui 1 pour 22,7 ou 4 grossesses gémellaires pour 100 grossesses ectopiques unilatérales.

Schrenk qui, après lui, étudie les observations nouvelles trouve pour 600 cas de grossesse extra-utérine simple, 4 cas de grossesse intra et extra-utérine simultanée, donc sa proportion est de 1 pour 152,5, soit 6,6 pour 1.000.

Weibel trouve à peu près le même rapport : 1 pour 140.

Pour le rapport qui existe entre la grossesse double intra et extra-utérine et la grossesse ectopique bilatérale les avis des auteurs sont partagés. La plus grande partie et entre eux Budin et Tarnier, regardent la dernière comme beaucoup moins fréquente, les autres au contraire croient la grossesse ectopique bilatérale comme plus fréquente.

Tandis que pour le rapport de fréquence entre la grossesse intra et extra-utérine simultanée et la grossesse gémellaire normale, il est presque à l'heure actuelle impossible de se prononcer. Perry essaie de nous donner des chiffres, mais ils nous paraissent trop invraisemblables pour qu'on puisse y ajouter foi.

## CHAPITRE III

### Etiologie

L'étiologie de cette grossesse double anormale ne nous arrêtera pas beaucoup ; elle est du reste encore fort obscure.

L'âge de la femme ne présente pas de caractère spécial. Comme dans la grossesse ectopique le maximum de fréquence paraît être de 25 à 35 ans, par conséquent en pleine période d'activité génitale de la femme. Quelques-unes sont de grandes multipares, mais on ne peut tirer de ces faits aucune conclusion absolue ; plusieures par contre en sont à leur première grossesse.

Quelques auteurs, traitant de la grossesse ectopique simple, ont parlé d'influence héréditaire, mais la plus grande partie des observations sont malheureusement muettes sur ce point.

Quant aux antécédents pathologiques, utérins ou annexiles de nos malades, la plupart des auteurs n'en disent rien. Quelques-uns, cependant, insistent sur l'intégrité de l'appareil génital. Immel donne une importance à l'état nerveux de la femme qui a peur de devenir enceinte, à

la suite de quoi il se produit des contractions antipéristaltiques de la trompe, qui empêchent l'œuf de cheminer vers l'utérus.

D'après les observations il ne semble pas que cette grossesse double se présente plus souvent dans certains pays ; cependant nous devons remarquer qu'elle a été surtout étudiée en Angleterre ou en Amérique, ou peut-être qu'elle est plus fréquente qu'en France.

## CHAPITRE IV

### Etude Clinique

La symptomatologie de cette grosesse double anormale est des plus variable, et le plus souvent des moins nettes ; le tableau clinique est presque différent avec chaque cas. Pour cette raison le diagnostic exact et vrai est très difficile et très rarement posé. Dans toutes les observations que nous avons relevées à l'exception de celles de Strauss, Wiener, Gobiet et Ehrendorfer, on a ignoré la coïncidence de la grossesse gémellaire.

Quelquefois c'est la grossesse utérine ordinaire, qui donne les premiers symptômes, surtout quand elle est commencée avant la grossesse extra-utérine. Dans ces cas la femme présente pendant les deux ou trois premiers mois les signes ordinaires de la grossesse. Mais après cette date il est rare qu'on ne voit pas apparaître certains troubles qui font penser à quelque chose d'anormal dans l'évolution d'une grossesse.

Dans certains cas, au contraire, c'est la grossesse extra-utérine qui se développe la première ; la grossesse utérine peut alors passer inaperçue.

D'après nos observations ces cas sont les plus fréquents et cliniquement les choses se passent comme dans la simple grossesse ectopique.

Les deux grands symptômes qui apparaissent dès le début et qui obligent la femme d'aller consulter le médecin sont la douleur et l'hémorrhagie. Le premier et le plus constant est la douleur. Cette douleur est abdominale, siège dans le bas-ventre ou dans l'une ou l'autre fosse iliaque ; son intensité est variable : quelquefois la femme ressent des douleurs sourdes peu accusées, au niveau de l'abdomen, localisées d'un côté ou s'irradiant partout. Ces douleurs paraissent provenir surtout de la grossesse extra-utérine et être dues aux tiraillement produits par les adhérences contractées sur l'intestin et les organes voisins. Elles ont souvent l'aspect des véritables coliques, analogues aux coliques salpingiennes ou revêtent le type intermittent comme s'il s'agissait de contractions utérines et de menaces d'avortement.

Quelque fois, au contraire, l'apparition de ces douleurs est subite, la femme qui, jusqu'à ce moment, était d'une parfaite santé et qui se croyait enceinte est prise tout à coup et très souvent sans aucune cause apparente, d'une vive et violente douleur, qui s'accompagne souvent de perte de connaissance collapsus, vomissements alimentaires ou bilieux, pouls petit, accéléré. En général cet état se disipe, mais pour se renouveler dans un temps plus ou moins éloigné. Ces douleurs abdominales intenses, à début brusque ou rapide ont une signification bien particulière, elles correspondent en général à l'interruption de la grossesse tubaire.

Les crises douloureuses peuvent s'accompagner ou non

d'hémorragies ; parfois cette hémorragie est interne, elle se fait dans le sac fœtal, d'autres fois elle est externe et abondante.

C'est cette hémorragie, qui est le second grand symptôme au cours de l'évolution de cette affection. Son aspect clinique est de même très variable. Le cas le plus ordinaire est le suivant : les règles ont cessé ou sont marquées seulement par un peu d'écoulement sanguin, la femme se croit enceinte depuis quelques mois, puis subitement apparaît souvent, mais pas toujours accompagnée de douleurs, une forte hémorragie, qui, oblige la femme à garder le lit. L'hémorragie peut s'arrêter ou continuer un temps plus ou moins long, elle coïncide en général avec l'interruption d'une ou de l'autre grossesse.

Ce tableau clinique n'est pas le seul, très souvent les hémorragies ont un autre caractère, elles apparaissent encore au début de la grossesse sans aucune interruption des règles, sont plus ou moins irrégulières, abondantes, traînantes, mais n'ont aucunement, par leur durée, leur qualité et leur abondance, le type de véritables écoulements menstruels.

Ces écoulements, qui simulent les règles, sont l'apanage de la grossesse extra-utérine, leur signification n'est pas grave, mais leur constatation doit attirer l'attention du médecin, d'autant plus qu'ils s'accompagnent souvent de sensations douloureuses.

En même temps que ces douleurs et ces hémorragies, la femme s'aperçoit que son ventre grossit d'une façon démesurée, qui ne répond pas à l'âge de la grossesse.

L'inspection et le palper ne donnent pas de renseignements et c'est seulement le toucher vaginal qui peut faire

percevoir à côté d'un gros utérus une masse plus ou moins volumineuse. La constatation de cette tumeur à côté de l'utérus, plus ou moins distincte de lui, plus ou moins dure et élastique, doit toujours faire penser au clinicien à la possibilité d'une grossesse ectopique ; mais cette idée vient rarement, parce que la tumeur n'a rien de significatif ; elle peut très bien être une tumeur de l'ovaire ou de l'utérus lui-même. Les cas sont tout à fait exceptionnels où on a pu à la simple palpation reconnaître dans cette tumeur des parties fœtales et à l'auscultation d'entendre à ce niveau les battements et les bruits du cœur d'un second fœtus.

Ce qui met en évidence la coïncidence de deux grossesses, c'est leur évolution ultérieure et principalement leur terminaison ; c'est un des points les plus importants pour l'étude de grossesse combinée intra et extra-utérine, puisque de cette étude vont découler des conclusions opératoires.

La grossesse double anormale évolue et se termine de façon très variable. Tout d'abord il nous semble intéressant de rechercher quelle peut être l'influence d'une grossesse normale sur une grossesse ectopique et réciproquement. Nous croyons qu'il est permis de penser que l'évolution de la première doit être subordonnée à celle de la seconde, de même il n'est sans doute pas téméraire de considérer, sauf quelques cas heureux, la grossesse ectopique comme une véritable et grave complication de la grossesse utérine.

L'étude des symptômes nous a déjà conduit à indiquer brièvement les différents incidents qui, à une époque variable, viennent troubler l'évolution de la grossesse doubl.

Ces incidents sont nombreux et il est rare que les deux fœtus arrivent au terme de leur développement. Le plus souvent nous assistons à l'interruption d'une ou l'autre grosssesse. Nous avons quelques observations dans lesquelles la cessation de deux grossesses semble être produite en même temps. Par exemple les deux fœtus furent trouvés morts à la fois dans les observations suivantes : I, III, IV, VI, IX, X, XII, XV, XVI, XXII, XXIII, XXV, XXXI, XXXV, XLI, XLVII, XLIX, LXXVIII.

Dans 15 cas, c'est la grossesse intra-utérine qui est interrompue la première : obs. XIII, XXIX, XXXIX, LXI, LXVII, LXXIX, LXXXI, LXXXVIII, XC, XCIII, XCVIII, CI, CII, CXVII, CXIX.

Dans les autres cas, c'est la grossesse extra-utérine qui fut la première interrompue.

Dans 20 cas nous trouvons la grossesse ectopique seule interrompue : XXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XLV, XLIII, LV, LXV, LXIX, LXXII, LXXIII, LXXV, CIV, CIX, CXI, CXV, CXVI, CXXI, CXXII.

Nous ne notons que deux cas (Lumpe, 1856, et Wilson, 1887) d'interruption de la grossesse utérine sans interruption de la grossesse ectopique et encore seulement dans le second cas on a pu, par une laparotomie, recueillir un enfant vivant.

Le fœtus intra-utérin put aller à terme, indépendamment du fœtus ectopique 41 cas sur 123 cas ; 34 fois il était vivant et 7 fois on le recueillit mort.

Enfin le fœtus ectopique put arriver à terme 12 fois sur 123 cas, mais il n'était vivant que quatre fois (XXVII, XXXVII, LVI, LXXVI).

Les causes d'inferrruption de la grossesse intra-utérine sont variables : quelques fois c'est la femme qui, elle-même, provoque l'avortement, mais le plus fréquemment l'interruption a lieu spontanément. Cette interruption doit être imputée surtout à l'existence de la grossesse ectopique, qui agit sur l'utérus en provoquant une irritation de voisinage. Mais la plupart du temps c'est la rupture de la trompe qui paraît avoir une influence marquée sur la grossesse développée dans l'utérus. Il existe bon nombre d'observations où cette rupture a entraîné dans un délai de quelques jours, l'avortement utérin.

Parfois l'action réflexe sur l'utérus n'est pas due à la rupture : elle peut être produite par le développement progressif de la tumeur abdominale en contact avec l'utérus ; enfin elle peut résulter d'une intervention nécessitée par la rupture du sac ectopique, intervention qui entraîne à très peu d'intervalle parfois, l'avortement de l'œuf utérin (XXXVI, LV, LVII, LXIII, etc...)

Il est très difficile de préciser l'époque à laquelle est mort le fœtus intra-utérin : les observations l'ayant rarement indiquée. En général la date de sa mort varie de quelques semaines à plusieurs mois ; le plus souvent c'est vers le deuxième ou troisième mois, mais il y a aussi des cas où nous assistons à un accouchement prématuré vers le cinquième ou le sixième mois. Dans nos observations, l'avortement ou l'accouchement prématuré, non provoqué par une intervention, est survenu aux époques suivantes :

3 à quelques semaines
15 à 2 mois
24 à 3 mois
10 à 4 mois

2 à 5 mois
7 à 6 mois
3 à 7 mois
2 à 8 mois

Quand l'avortement utérin survient, la grossesse extra-utérine peut être influencée d'une façon variable ; quelquefois cet avortement est suivi immédiatement de la rupture de la trompe, ces cas sont exceptionnels, plus souvent la rupture se produit après un intervalle de quelques semaines. Dans ces cas, l'interruption est due soit à des troubles de la circulation, soit à des causes purement mécaniques. Mais en général on attribue rarement la rupture tubaire à l'interruption de la grossesse intra-utérine.

La grossesse extra-utérine est interrompue spontanément ou par une intervention ; dans le premier cas, la cause est dans l'avortement tubaire ou dans la rupture du sac fœtal. D'après Wertheim, la rupture de la grossesse ectopique ne se produit pas plus souvent que dans les cas de grossesse extra-utérine simple, il établit qu'il y a une indépendance dans le développement de deux fœtus, mais en même temps ils peuvent s'influencer réciproquement : un trouble de l'un pouvant facilement modifier l'évolution de l'autre.

Le fœtus ectopique peut succomber à tout âge de son évolution ; le plus fréquemment la rupture a lieu vers le deuxième ou troisième mois, mais souvent elle est très postérieure à cette date. Dans nos observations, la rupture est survenue aux époques suivantes :

3 à quelques semaines
19 à 2 mois
27 à 3 —

10 à 4 —
4 à 5 —
3 à 6 —
4 à 7 —
3 à 8 —

Plusieurs observations ont été publiées où l'une de deux grossesses était interrompue et l'autre a continué à se développer ; nous en comptons 39 pareils cas sur 123 observations. De même il y a des cas où la grossesse utérine va jusqu'à terme malgré de très graves opérations pratiquées contre la grossesse tubaire.

Enfin il y a quelques cas où les deux grossesses voisines se développent complètement ou presque jusqu'à terme : ces faits ne sont pas si rares qu'on pourrait le penser tout d'abord, puisque nous avons rencontré cette heureuse terminaison dans 14 observations, soit une proportion de 11,3 p. 100. Ce chiffre est très élevé si on le compare avec le nombre de grossesses extra-utérines simples arrivées à terme. Pour expliquer ce phénomène, Christer Nilsson cite l'opinion de Engstrom, d'après qui cet état anormal produit une congestion intense et le fœtus ectopique se trouve dans des meilleures conditions de nutrition.

Citons, à la fin, que l'évolution des deux fœtus ou de l'un des deux peut être arrêtée par la mort de la mère elle-même, soit qu'elle succombe à une hémorragie foudroyante, soit qu'elle meure des suites de l'opération.

## CHAPITRE V

### Diagnostic

Les symptômes des grossesses intra et extra-utérines simultanées sont, comme nous l'avons vu, des plus variables et bien rarement assez nets pour que le diagnostic de cette variété de grossesse combinée puisse être posé de façon précise et à une époque précoce. Et en réalité il y a très peu de nos observations où ce diagnostic ait été posé au début de l'affection. Citons par exemple les cas de Strauss, Wiener, Gobiet et Ehrendorfer, soit quatre fois pour 123 observations. Dans la statistique de Neugebauer, le diagnostic vrai n'était posé que 7 fois sur 171 cas.

Avant le terme de la grossesse intra-utérine et avant l'extirpation de grossesse extra-utérine, c'est seulement par l'autopsie qu'on a pu faire le diagnostic exact. Cependant dans ces derniers temps, grâce à la multiplicité des cas observés par différents cliniciens, et, grâce aux études faites sur cette question, il est devenu possible de reconnaître plus souvent cette anomalie.

La difficulté de poser un diagnostic exact dépend surtout de l'état de développement des deux grossesses. Il est très difficile de faire ce diagnostic pendant les premiers mois. En effet, s'il n'y a pas acicdents, les phénomènes sympathiques de la grossesse et l'augmentation de volume de l'utérus peuvent faire penser au début d'une grossesse normale simple et la grossesse ectopique reste méconnue. Très souvent en même temps on s'aperçoit de la présence à côté de l'utérus d'une tumeur arrondie et lisse. Mais cette constatation pourrait donnner lieu à des interprétations diverses. On pourrait croire, par exemple, à une grossesse utérine compliquée de tumeur des annexes ou de l'utérus lui-même : salpingite kystique, fibrome ou, plus souvent, kyste de l'ovaire. Il est très difficile d'affirmer d'emblée qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine simultanée. Cependant l'évolution progressive et rapide de la tumeur, son indolence relative, l'absence de fièvre doivent faire songer à une grossesse ectopique, surtout si en même temps sont survenues de légères hémorragies utérines, comme cela arrive le plus souvent.

Le plus fréquemment, ce n'est pas la grossesse ectopique qui reste méconnue, c'est la grossesse intra-utérine. Nombreux sont les cas où le diagnostic de grossesse ectopique est posé dès le début. Mais encore est-il bon de faire remarquer combien ce diagnostic lui-même est difficile dans certains cas ; la plupart du temps la grosssese ectopique n'étant reconnue que grâce à un accident, tel qu'une rupture tubaire se manifestant soit par les symptômes classiques de l'hématocèle, soit par ceux d'une inondation péritonéale. L'erreur sera d'autant plus facile à commettre que dans la grossesse ectopique comme dans la gros-

sesse intra et extra-utérine simultanée, on constate un arrêt de règles coïncidant avec les phénomènes généraux sympathiques de la grossesse ; que dans les deux cas l'utérus s'hypertrophie, se ramollit, se congestionne ; que son col, également s'hypertrophie et se ramollit. Le volume de l'utérus, difficile à déterminer du reste, sa consistance, ainsi que celle du col sont naturellement mises sur le compte de la grossesse ectopique et rien ne permet de soupçonner l'existence d'une deuxième grossesse. Il arrivera cependant un moment où l'augmentation de volume de l'utérus ne pourra plus être considérée comme une hypertrophie de voisinage, et l'on devra forcément reconnaître la gravidité de l'utérus. Et en réalité à mesure que la grossesse double avance en âge, le diagnostic peut toutefois se préciser. Dans la deuxième moitié de la grossesse et dans les cas où les deux fœtus sont vivants, il est possible de constater les mouvements actifs du fœtus et l'on peut percevoir, par l'auscultation, deux foyers de battements du cœur, il est même possible de sentir les deux fœtus l'un à côté de l'autre. Une confusion peut facilement arriver dans pareil cas avec une grossesse gémellaire ordinaire.

Il est un autre symptôme qui à notre avis est d'une grande importance bien qu'il existe aussi dans le cas de grossesse multiple : nous voulons parler du développement anormal de l'abdomen, développement qui inquiète généralement la malade et la pousse à consulter.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal pourra montrer que dans pareils cas à côté de l'utérus existe une tumification indépendante, qui repousse le globe utérin du côté opposé. Certains auteurs ont préco-

nisé à ce moment l'emploi du cathétérisme utérin, le curettage explorateur ou même la ponction. Ces manœuvres doivent être rejetés car non seulement elles ne permettent pas toujours de distinguer une muqueuse enflammée d'une caduque utérine de grossesse ectopique, mais parce qu'elles offrent encore quelque danger, étant donné la possibilité d'une grossesse utérine concomittante.

D'un autre côté, l'hypertrophie et le ramollissement de l'utérus ne sont pas comparables quand ils sont dus à une grossesse ectopique simple ou quand ils sont dus à la grossesse utérine. Par le toucher et palper on peut reconnaître que le ramollissement est trop avancé, que le fond est trop élargie, que l'utérus a une forme sphérique, qu'on a la sensation d'un continu dans l'utérus : signes qui doivent toujours faire songer à la possibilité d'une grossesse utérine.

Enfin, les cas cliniques peuvent se présenter d'une façon toute différente lorsqu'un accident vient mettre la fin d'une ou de l'autre des grossesses, que c'est soit une rupture faites dans la grossesse ectopique ou que l'utérus gravide ait fait un avortement. Dans le premier cas on observera le plus souvent des accidents aigus d'une hématocèle ou d'une hémorragie intra-péritonéale. En présence de cet accident, l'essentiel est d'agir vite. Donc, comme toute rupture demande à être traitée chirurgicalement, ce ne sera le plus souvent qu'après l'ouverture de l'abdomen que l'opérateur constatera, à sa grande surprise, la gravidité de l'utérus.

Dans le second cas on remarque, qu'après l'expulsion du fœtus utérin la femme continue à avoir des hémorragies ou des douleurs abdominales. A ce moment l'exa-

ment fait constaté la présence d'une tumeur à côté de l'utérus. Intervention s'impose et l'examen de la tumeur extirpée nous constate, qu'il s'agissait d'une trompe gravide.

En résumé, nous pensons, qu'en dehors d'un accident, dans les deux ou trois premiers mois le diagnostic de grossesse à la fois intra et extra-utérine est rarement possible, mais qu'à partir du cinquième mois, on a quelque chance de l'établir. La meilleure condition nécessaire pour arriver au diagnostic exact est la connaissance de cas anormaux semblables de façon à pouvoir dans un cas donné songer à la possibilité de cette étrange coïncidence.

## CHAPITRE VI

### Pronostic

L'étude de l'évolution des grossesses intra et extra-utérine simultanées montre assez que le pronostic est grave pour la mère comme pour les fœtus.

Envisageons la question séparément pour le fœtus intra-utérin, pour le fœtus extra-utérin et pour la mère.

Pour le fœtus intra-utérin nous trouvons une mortalité de 60,7 pour 100 puisque seulement 42 fois sur 123 cas il arrive à terme. La mort est due à différentes causes : 11 fois à un accouchement prématuré ; 28 fois à un avortement spontané dans les premiers mois ; 24 fois à un avortement ou accouchement prématuré après l'intervention, nécessitée par un accident dans l'évolution de la grossesse extra-utérine ; 11 fois à la mort de la mère ; et 6 fois le fœtus était mort-né à terme.

Quand le fœtus arrive à terme l'accouchement s'opère en général sans grande difficulté.

Pour le fœtus extra-utérin, le pronostic est encore plus grave, puisque 4 fois seulement il fut recueilli vivant, soit la proportion infime de 3,4 pour 100. Son évolution est beaucoup plus accidentée encore que celle du pro-

duit intra-utérin, sans présenter, cependant, de grandes différences avec l'évolution d'une grossesse ectopique simple. Sa mort est due : 85 fois à une évolution interrompue par la rupture ; 8 fois il est extrait par la laparotomie en état de macération ou putréfaction ; 9 fois résorbé spontanément ; 5 fois expulsé par le rectum ; 3 fois par le vagin ; 1 fois par l'utérus ; 8 fois constaté vivant à terme de la grossesse et mort ensuite ; 4 fois né vivant. Comme nous le voyons les causes de sa mort sont les mêmes que dans la grossesse ectopique simple et la principale est toujours la rupture de la trompe gravide ou du sac fœtal.

Enfin, sans être aussi grave, le pronostic reste encore sombre pour la mère, puisque elle succombe 34 fois sur 117 cas. Ces chiffres sont très influencés par l'intervention chirurgicale, et le pronostic pour la mère s'est sensiblement amélioré avec les progrès de la chirurgie. Si nous divisons nos observations en deux moitiés et que nous étudions séparément les cas antérieurs à 1880, époque qui correspond à peu près au début de la période aseptique, et les cas postérieurs à cette date, nous voyons que le pronostic diffère sensiblement. Avant 1880 nous trouvons pour la mère 19 morts sur 36 cas, soit une mortalité de 47,3 pour 100. Après 1880, au contraire, à mesure que le diagnostic s'est précisé, que l'intervention par le fait même a pu être plus rapide, faite avec toutes les précautions opératoires et aseptiques nécessaires, nous voyons le taux de la mortalité s'abaisser sensiblement et d'autant plus que les interventions sont plus récentes. Sur un total de 81 cas nous ne notons plus que 15 décès, soit une proportion de 20 pour 100.

La cause de la mort maternelle est due à un complication de la grossesse intra ou extra-utérine. Le plus souvent il s'agit de la rupture de la grossesse ectopique, et principalement c'est l'hémorragie formidable accompagnant cette rupture, qui précipite le dénouement fatal ; nous trouvons cette cause dans 20 cas. Dans 6 cas la mort est due à l'infection qui a suivi l'accouchement, prématuré ou non du fœtus intra-utérin. Enfin, 8 fois la mère a succombé après une intervention, soit par hémorragie, soit par septicemie.

D'après ce pourcentage on voit que cette forme des grossesses combinées est très grave pour la mère. Seulement dans deux cas, notés par Ludwig et Chrobak on a pu sauver la mère et les deux enfants. Dans un autre cas on a laissé évoluer le fœtus extra-utérin, on a pu sauver les deux enfants, mais la mère est morte (le cas de Sale).

Le pronostic est influencé par le milieu où se trouve la malade, par l'entourage et surtout par le diagnostic précoce et la rapide intervention. La possibilité de sauver la vie du fœtus extra-utérin ne doit pas être envisagée : il doit toujours être sacrifié pour sauver la vie de la mère et du fœtus intra-utérin. Un bon diagnostic précoce décèle la présence de la grossesse extra-utérine, contre laquelle on intervient, et la grossesse utérine peut continuer son évolution normalement, sans interruption.

L'intervention chirurgicale est beaucoup moins dangereuse au début, que dans les stades plus avancés de la grossesse. Plus la grossesse est avancée, plus le pronostic devient meilleur pour les enfants, mais plus grave pour la mère ; la nécessité d'intervenir augmente aussi, de

même son danger. C'est surtout ce danger couru par la mère qui doit préoccuper les cliniciens. La situation est grave. En effet, supposons par exemple une femme accouchant d'une grossesse simple et une femme accouchant d'une grossesse extra-utérine : si nous additionnons, autant qu'il est possible de le faire, les dangers qu'elles courent respectivement, en comparant leur situation avec celle de la femme qui présente à la fois une grossesse simple et une extra-utérine, nous trouvons chez nos deux premières femmes une somme de dangers beaucoup moins importante que chez cette dernière, parce que chez elle il y a à envisager encore l'influence d'une des grossesses sur l'autre.

## CHAPITRE VII

### Traitement

La préoccupation constante au cours des grossesses gémellaires normales de conserver à la fois la vie de la mère et celles des enfants se trouve modifiée dans le cas de grossesse gémellaire anormale. L'imminence et la gravité des dangers que court la mère par suite de la grossesse ectopique, dont l'évolution sera d'ailleurs problématique, nous fait poser comme premier principe la conservation de la vie de la mère avant celle des enfants, et comme seconde règle, la préservation du fœtus utérin de préférence à celle du fœtus ectopique, dont la présence seule est anormale. Pour ces différentes raisons, le traitement de la grossesse double anormale doit être à peu près celui de la grossesse extra-utérine simple.

Ces considérations s'appliquent surtout pour les premiers mois de la grossessse, pour la dernière période on peut faire de rares exceptions si on estbien sûr que les deux ou l'un des deux fœtus sont en vie ; on laisse alors la grossesse continuer son évolution à condition tout de même que la vie de la mère ne soit pas compromise.

Zinke propose la conduite suivante : si l'enfant extra-utérin vit, il conseille la laparotomie ; en cas de mort du fœtus extra-utérin, il remet l'opération après l'accouchement ; en cas de rupture la laparotomie s'impose.

Simpson exige plus de garanties pour la mère et pour l'enfant utérin : il recommande de faire la laparotomie aussitôt que le diagnostic est posé.

Bichat envisage quatre éventualités :

1° Rupture et hémorragie interne ;

2° Grossesse gémellaire anormale reconnue dès les premiers mois ;

3° Elle évolue sans accident jusqu'à la fin ;

4° Elle est reconnue après l'accouchement intra-utérin.

Dans les deux premiers groupes il recommande toujours la laparotomie pour sauver la mère ou pour ne pas l'exposer aux risques. Dans le troisième groupe il agit différemment suivant l'évolution de la grossesse intra-utérine : s'il y a eu avortement utérin, il se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine simple ; si la grossesse se développe normalement, il recommande d'attendre l'accouchement avant d'intervenir. Mais c'est pour le cas où le fœtus extra-utérin est mort : dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'enfant ectopique vit, il faut toujours intervenir. Si les deux fœtus sont vivants à la fin de la grossesse, il faut surveiller la femme sans recourir à la césarienne, mais pour ne pas l'exposer trop longtemps, il faut accélérer l'accouchement spontané et après seulement pratiquer la laparotomie. Pour les cas du quatrième groupe, il faut agir comme si l'on avait affaire à une grossesse ectopique simple.

Dans les premiers mois de la grossesse, le danger d'une rupture du sac fœctal extra-uutérin et des accidents graves d'hémorragie et de péritonite devra être la préoccupation dominante. Le traitement préventif de ces accidents redoutables ne pourra consister qu'en une chose : la laparotomie ou l'ablation par voie abdominale du sac fœctal extra-utérin. Cette intervention doit être toujours la règle et la présence de la grossesse extra-utérine ne devra être en aucun cas une contre-indication.

Dans certains cas, cette ablation pourra être suivie de l'avortement du fœtus utérin, mais le plus souvent, cet avortement n'aura pas lieu et l'ablation de la grossesse ectopique sera au contraire la meilleure condition de conservation de la grossesse utérine.

Les conditions sont un peu autres si les grossesse combinées arrivent sans accident à une époque avancée, où il est permis d'espérer que les deux fœtus pourront naître à terme. Nous avons vu que cette éventualité est très rare. cependant l'évolution de deux grossesses jusqu'aux septième ou huitième mois est possible ; et alors la mère ne courant pas un danger immédiat, nous sommes d'avis de temporiser et de sacrifier quelques-unes des chances de la mère à l'existence possible des enfants. En présence d'un pareil cas, nous attendrions, toujours prête à intervenir en cas d'acident subit, le septième ou huitième mois, pour pratiquer la laparotomie avec chances d'extraire par le ventre un enfant vivant et de voir la mère expulser dans de bonnes conditions un deuxième enfant.

Dans nos observations, cette intervention a été faite 23 fois dans les premiers mois, une fois le diagnostic posé et sans attèndre les accidents ; 42 fois on est intervenu

à cause des accidents ; dans le premier cas nous avons 21 guérisons pour 2 cas mortels ; dans le second cas, nous notons 29 guérisons et 13 morts.

37 interventions chirurgicales pour ablation de la grossesse extra-utérine ont été suivies 20 fois de l'avortement du fœtus utérin, et 17 fois la grossesse utérine a continué à se développer normalement.

Dans 10 observations, on relate que l'intervention a été décidée aux environs du terme pour extraire le fœtus extra-utérin : 3 fois la malade a succombé.

Comme choix de l'intervention, c'est à la laparotomie qu'on recourt le plus souvent, quoique l'opération par la voie vaginale soit plus moderne et qu'elle ait ses partisans. Dans les cas d'hémorragie dans la cavité péritonéale, la laparotomie est préférable. La voie vaginale et la colpotomie postérieure peuvent être employées dans les hématocèles, parce qu'on a l'avantage de choisir un chemin naturel pour le drainage.

Dans certaines de nos observations (Balfour Marshall, Chawannaz, Guillet, Bario, Potier et Bazy, etc.), les auteurs, outre la laparotomie pour extirpation de la grossesse extra-utérine, ont pratiqué en même temps et l'hystérectomie pour le seul motif de rendre impossible toute grossesse ultérieure. Nous trouvons qu'une pareille manière d'agir est tout à fait inutile et que la malade peut très bien guérir sans hystérectomie, avec un simple drainage. « En faisant ainsi en l'absence de toute infection, on agit sagement, car il faut faire bon marché des craintes chimériques des récidives de grossesse ectopique et des prédispositions natives ou acquises à cette complication... Je veux affirmer, parce que j'en ai eu à maintes

reprises la démonstration évidente, qu'après une grossesse ectopique guérie avec ou sans intervention chirurgicale parcimonieuse, une femme peut souvent avoir des grossesses ultérieures normales, simples et faciles, exemptes de toute complication. La greffe ovulaire dans la trompe est donc un accident, qui n'entache en rien la valeur génitale d'une femme, et ne compromet pas sa fertilisation ultérieure. Bornons donc nos interventions au strict nécessaire et répudions une castration totale inutilement mutilatrice. » (Vautrin.)

CHAPITRE VIII

# OBSERVATIONS

I. — **Observation de Duverney**. (Œuvres anatomiques, Paris, 1708.)

Femme de 21 ans, primipare. — Signes de rupture tubaire après l'avortement utérin. Mère morte au troisième mois de la grossesse de rupture tubaire.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième moi.

Fœtus extra-utérin mort.

II. — **Observation de Mascagni.** (Soc. Ital. del. Scienze, 1810.)

Femme de 37 ans, IXX-pare. — Tumeur reconnue après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utéirn mort : avortement au troisième mois.

Fœtus extra-utérin resorbé : à terme.

III. — **Observation de Mme Lachapelle.** (Pratique des accouchements,, 1811.)

Mère morte huit jours après expulsion du fœtus intra-utérin (infection ?).

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré à la fin du sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort (constaté à l'autopsie).

IV. — **Observation de Cliet**. (Nouveau jour. méd. chir. phar., 1818.)

Femme de trente ans, multipare.

Mère morte de violentes douleurs.

Fœtus intra-utérin mort (constaté à l'autospie).

Fœtus extra-utérin mort (constaté à l'autopsie).

V. — **Observation de Gœssmann.** (Dissertation inauguralio, 1820.)

Femme de 23 ans, I-pare. — Tumeur reconnue après l'accouchement ; douleurs vives, expulsion des débris fœtaux par l'anus (déchirure du colon descendant).

Mère morte cinq jours après l'accouchement de rupture tubaire.

Fœtus intra-utérin mort-né.

Fœtus extra-utrin mort.

VI. — **Observation de Petrunti**. (Fillatre Sebezio, 1834.)

Femme de 36 ans, VI-pare. — Douleurs ; constatation de la tumeur pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort : expulsion par le rectum au septième mois.

VII. — **Observation de Whinery.** (Ann. jour. of méd. sciences,, 1846.)

Femme de 23 ans, I-pare. — Tumeur reconnue pendant la grossesse, animée de mouvements. Mère guérie. — Fœtus intra-utérin : vit.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement: 18 mois après, la laparotomie médiane, qui donne issue à trois litres de liquide noirâtre et, un mois après, au fœtus putréfié.

VIII. — **Observation de Weber** (Zeit. d. Nord. chir. ver. f. med.., 1848.)

Femme de 28 ans. — Tumeur reconnue après l'accouchement du fœtus utérin. Mère guérie. — Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort : expulsé par le rectum.

IX. — **Observation de Gordon.** Wester med. and Surgery jour., 1848.)

Femme. — Mère guérie.

Fœtus intra utérin mort : accouchement prématuré le sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort : expulsé par le vagin deux jours avant l'intra-utérin.

Traitement : drainage vaginal, abandon du placenta.

X. — **Observation de Graghead.** (Amer. jour. of obst. and gynec., 1849.)

Femme de 35 ans, II-pare. Mère morte de rupture tubaire le troisième mois de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

XI. — **Observation de Rosshirt.** (Lechr.d. Geburt, 1850.)

Cas de grossesse utérine et abdominale dans lequel les deux enfants allèrent à terme, le premier sortit naturellement et le second fut extrait de l'abdomen par colpotomie.

XII. — **Observation de Behm.** (Arch f. gyn., 1853.),

Femme, IV-pare. — Tumeur constatée après l'avortement du fœtus intra-utérin. Mère morte de rupture tubaire le deuxième mois de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort : à deux mois.

XIII. **Observation de Lumpe.** (Woch d. Zeits d. K. K. Ges. d. et Aertze, 1856.)

Femme de trente ans. — Tumeur constatée après l'avortement du fœtus utérin. Persistence de bruit du cœur trois mois

après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le cinquième mois.

Fœtus extra-utérin mort : resorbé.

XIV. — **Observation de Clarke.** (Médical Times and gazette. Londres, 1856.)

Femme de 40 ans, II-pare.

Tumeur, contenant un second fœtus, constatée après l'accouchement normal du fœtus intra-utérin.

Fœtus intra utérin vit.

Fœtus extra-utérin résorbé.

XV. —**Observation de W. Buck.** (Boston med. and surgery journal, 1856.)

Femme de 25 ans, I-pare. Mère morte en sept heures, d'hémorragie interne au troisième mois de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XVI. — **Observation de Tuffnell.** (Dublin med. journal, 1860.)

Femme, I-pare. Mère morte rapidement d'hémorragie interne, au troisième mais de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XVII. — **Observation de Teblets.** (Noshville jour. med. and surgery, 1860.)

Femme, O-pare. Mère morte rapidement d'hémorragie interne au troisième mois de la grossesse.

Fœtus extra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XVIII. — **Observation de Pellishek.** (Oester. Zietsch. für prakt. Heilk. 1861.)

Femme. Après l'accouchement, on constate les mouvements d'un second fœtus, qui persistèrent douze heures. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : accouché au forceps.

Fœtus extra-utérin résorbé.

XIX. — **Observation de Pennefather**. (The Lancet, 1863.)

Femme de 38 ans, V-pare. Douleurs vives et grand développement du ventre pendant la grossesse. Après l'accouchement on reconnaît une tumeur avec mouvements fœtaux et bruits du cœur qui s'arrêtent au bout d'une heure et demie. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort-né : accouché au forceps.

Fœtus extra-utérin mort : expulsé par le vagin. Traitement : extraction au forceps d'une partie du fœtus extra-utérin par le vagin.

XX. — **Observation de Cooke.** (The Lancet, 1863.)

Femme de 39 ans, IV-pare. Constatation d'un second fœtus vivant immédiatement avant l'accouchement. Mère morte quarante-huit heures après l'accouchement, de péritonite.

Fœtus intra-utérin mort-né : à terme après version.

Fœtus extra-utérin mort : à terme.

XXI. — **Observation de Haderup.** (Nord. med. Arch. 1870.)

Femme de 24 ans, I-pare. Constatation d'une tumeur dont le diagnostic reste incertain jusqu'à l'expulison de débris fœtaux par l'anus, deux mois avant l'accouchement. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : accouché au forceps.

Fœtus extra-utérin mort : à quatre mois.

XXII. — **Observation de Landon**. (New-York med. gazett. 1870.)

Femme. Mère morte de rupture tubaire à la deuxième semaine de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XXIII. — **Observation de Sinks.** (Leaven. med. 1870.)

Femme de 23 ans, O-pare. Au cinquième mois de la grossesse, expulsion de débris fœtaux par l'anus. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré à six mois.

Fœtus extra-utérin mort.

XXIV. — **Observation de Satterthwait.** (New-York, med. journal. 1870.)

Femme de 35 ans. III-pare. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort-né : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : expulsé par le vagin, un an après l'accouchement.

XXV. — **Observation de Sager**. (Ann. journ. of medec. sciences. 1871.)

Femme. Mère morte de rupture tubaire la douzième semaine de la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XXVI. — **Observation de Beach**. (Jornal of Gynec. 1871.)

Femme de 28 ans, II-pare. Douleurs vers la fin de la grossesse et persistance dans l'abdomen d'une tumeur dure qui s'enflamme au bout de quatre ans et adhère à la paroi. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de quelques mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie médiane quatre ans après : évacuation d'un liquide purulent et d'un fœtus putrifié.

XXVII. — **Observation de Sale.** (New-Orléans, med. journal. 1871.)

Femme de 22 ans, O-pare. Fortes douleurs et tumeur constatée à la fin de la grossesse. Mère morte de péritonite quatre jours après l'opération.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin vit.

Traitemen : laparotomie : extraction du fœtus ectopique et de son placenta ; puis opération césarienne.

XXVIII. — **Observation de Pollak.** (Saint-Luis med. and surgery journal. 1871.)

Femme de 25 ans, II-pare. Violentes douleurs pendant la grossesse . Après l'accouchement, constatation d'un second fœtus. Mère morte de la rupture de la grossesse ectopique quatorze jours après l'accouchement.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : à terme.

XXIX. — **Observation de Frank Argles.** (The Lancet, 1871.)

Femme. Mère morte de rupture de la grossesse ectopique au septième mois.

Fœtus intra-utérin : avortement au deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

XXX. — **Observation de Starley** (New-York med journal. 1872. )

Femme. Immédiatement après l'accouchement, on reconnaît un deuxième fœtus dont les mouvements cessent bientôt après.

Mère morte de scepticemie deux mois après l'accouchement.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort.

XXXI. — **Observation de James Mac Gee.** (Richemond and Louisville med. journal. 1872.)

Femme de 28 ans, O-pare. Violentes douleurs et tumeur très dure constatée le quatrième mois de la grossesse. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au quatrième mois.

Fœtus extra-utérin mort : expulsion de débris fœtaux par l'anus le quatrième mois de la grossesse.

XXXII. — **Observation de John Hodgen.** (Saint-Luis med. and surgerv, janv., 1873.)

Femme de 27 ans, O-pare. Douleurs et phénomènes péritonéaux pendant le troisième mois. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin resorbé.

XXXIII. — **Observation de Chabert.** (Paris médical, 1874.)

Femme de 25 ans. Tumeur constatée après l'accouchement , formation d'une fistule à l'ombilic cinq mois après, issue de débris fœtaux, scepticémie. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort

Traitement : six mois après l'accouchement, incision de la poche, drainage.

XXXIV. — **Observation de Rosset.** (The americ. pratic. 1876.)

Femme de 27 ans, I-pare. Douleurs vives et tumeur reconnue pendant la grossesse. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort-né : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : expulsé par l'utérus deux mois après l'accouchement.

XXXV. — **Observation de Brühl.** (Arch. f. Gynak. 1879.)

Femme de 39 ans, VI-pare. Fortes douleurs et développement exagéré de l'abdomen pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement prématuré, on reconnaît une tumeur prise pour un kyste ovarique.

Mère morte d'hémorragie à la fin de la lapartoomie.

Fœtus intra-utérin mort-né : à huit mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie deux jours après l'accouchement prématuré ; on trouve une grossesse rompue avec forte hémorragie ; tamponnement.

XXXVI. — **Observation de Galabin.** (Obstsh. Transact. soc., 1880.)

Femme de 36 ans, II-pare. Violentes douleurs le quatrième mois et constatation d'une tumeur prise pour une tumeur ovarienne ; signes de rupture le cinquième mois. Mère morte après l'opération d'hémorragie due au décollement du placenta extra-utérin.

Fœtus intra-utérin mort : avortement deux jours après l'opération,

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie quatre jours après les premiers signes de rupture ; drainage sans toucher au placenta.

XXXVII. — **Observation de Wilson.** (Amer. jour. of obst. 1880.)

Femme de 24 ans, I-pare. Après l'accouchemnet prématuré, constatation d'un second fœtus vivant.

Mère morte quatre jours après l'opération.

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré à huit mois.

Fœtus extra-utérin vit.

Traitement : laparotomie à terme ; extraction du fœtus vivant ; marsupialisation du kyste sans toucher au placenta.

XXXVIII. — **Observtion de Dumolard.** (Jour. med. et pharmacie, 1880.)

Femme de 31 ans, I-pare. Le second fœtus constaté pendant l'accouchement, après la sortie du fœtus utérin. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : résorbé.

XXXIX. — **Observation de Pierson.** (Hom. jour. of obst. 1881.)

Femme âgée de 33 ans, VI-pare. Mère morte de rupture tubaire après l'avortement du fœtus utérin.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

XL. — **Observation d'Ahefeld.** (Gebursch. Klin. 1885.)

Femme de 34 ans, I-pare. Constatation de la tumeur pendant la grossesse ; bruits fœtaux au niveaux de la tumeur. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : résorbé.

XLI. — **Observation de Kelsey.** (Nash. jour.of med. and surgery. 1888.)

Femme de 32 ans, VI-pare. Fortes douleurs pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur abdominable, dans laquelle on distingue deux fœtus. Mère morte dix heures après l'avortement d'un fœtus macéré.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

XLII. — **Observation de Edis.** (British gynec. 1889.)

Femme de 38 ans. Violentes douleurs, vomissements, trou-

bles urinaires pendant la grossesse.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie.

XLIII. — **Observation de Harrimann.** (Transact. of new. Nampshire med. Soc., 1889.)

Femme de 32 ans, O-pare. — La grosesse extra-utérine est reconnue après la naissance du fœtus intra-utérin. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort né : à terme.

Fœtus extra-utérin resorbé.

XLIV. — **Observation de von Rosthorn** (Wien. Klinik. Wochens., 1890.)

Femme de 37 ans, XII-pare. — Fortes douleurs et métrorragies pendant la grossesse ; à la fin on reconnait l'existence d'une tumeur. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré à sept mois.

Fœtus extra-utérin macéré.

Traitement : laparatomie neuf semaines après l'accouchement prématuré : extraction d'un fœtus macéré et du placenta.

XLV. — **Observation de Herzfeld** (Wien. Klin. Woch., 1891.)

Femme de 33 ans, III-pare. — Second fœtus reconnu après l'accouchement du premeir ; les mouvements fœtaux persistent pendant dix jours. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort : à terme.

XLVI. — **Observation de Gutzwiler.** (Arch. f. Gynak. 1891.)

Femme de 35 ans, III-pare. — Douleurs de plus en plus fortes à partir du septième mois, puis fièvre. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : aovrtement au troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort : à huit mois.

Traitement : laparatomie douze mois après le début de la grossesse ; ablation du placenta et du fœtus ; marsupialisation du sac.

XLVII. — **Observation de Martin** (Ann. af. gyn. and Ped., 1891.)

Femme de 40 ans, I-pare. — Douleurs et vomissements pendant la grosesse. Mère morte de rupture du sac fœtal.

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré de cinq mois.

Fœtus extra-utérin mort (constaté à l'autopsie).

XLVIII. - **Observation de Worrall** (British med journal, 1891.

Femme. — Constatation du second fœtus après l'accouchement de l'intra-utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort : à terme.

Traitement : laparatomie ; extraction du fœtus extra-utérin situé dans l'abdomen.

XLIX. — **Observation de Kalimorgen.** (Zeitsch. f. gyn. une geb., 1893.)

Femme de 35 ans. — VI-pare. — Tumeur constatée après l'avortement, prise pour une tumeur de l'ovaire gauche. — Mère morte d'infection cinq semaines après l'avortement.

Fœtus intra-utrin mort : avortement le sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

L. **Observation de Franklin** (Britisch méd. journal, 1893.)

Femme de 35 ans, V-pare. — Diagnostic posé aussitôt après l'accouchement du fœtus intra-utérin. Mère morte après la laparatomie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort : à terme.

Traitement. — Laparatomie peu de jours après la naissance de l'enfant intra-utérin.

LI. — **Observation de Hirst.** (Citée par Strauss, 1894.)

Femme. — Après l'avortement, on constate une tumeur dont la nature n'est reconnue que pendant la laparotomie. — Mère guérie. Fœtus intra-utérin mort : avortement de six semaines.

Fœtus extra-utérin mort : au quatrième mois.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe droite contenant des membranes et un placenta.

LII. — **Observation d'Otto Kustner.** (Univers. zu Dorpat. Wiesbaden, 1894.)

Femme de 31 ans, II-pare. — Douleurs abdominales, vomissements, légère hémorragie pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur à côté de l'utérus gravide.

Mère morte un mois après l'accouchement avec des symptômes d'oedème pulmonaire.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide.

LIII. — **Observation de Lotheinen** (Wien.. Klin. Wochen, 1895.)

Femme. — Constatation d'une tumeur un mois après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide.

LIV. — **Observation de Van Ott.** (Rech. Tuben b. gleich. Leipzig, 1895.)

Femme de 30 ans, III-pare. — Douleurs dans les lombes et le bas-ventre. Constatation d'une tumeur à droite de l'utérus, augmentée de volume. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide.

LV. — **Observation de Walher.** (Zeitsch. f. gehur. méd. gyn., 1895.)

Femme de 35 ans. IV-pare. — Vives douleurs et metrorragies. Diagnostic de grossesse tubaire. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de trois mois, trois jours après la laparotomie.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie troisième mois ; ablation de la trompe gauche rompue contenant du sang et des membranes.

LVI. — **Observation de Ludwig.** (Wien. Klin Wochen., 1896.)

Femme de 25 ans, VI-pare.

Fœtus extra-utérin vivant, constaté après l'accouchement. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin vit.

Traitement : laparotomie immédiate après l'accouchement, extraction d'un enfant vivant.

LVII. — **Observation de Cragin.** (The New-York jour. of obst. and gyn., 1896.)

Femme de 23 ans, I-pare. — Signes d'hémorragie interne la sixième semaine de la grossesse. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le lendemain de la laparotomie.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie, ablation de la trompe rompue.

LVIII. — **Observation de Royster.** (Amer. jour. of obstetrics, 1897.)

Femme de 34 ans, III-pare. — Signes de rupture tubaire la huitième semaine de la grossesse qui évolue ensuite normalement. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie quatre semaines après l'accouchement, en raison des phénomènes péritonaux ; on trouve le sac adhérent à la paroi ; ablation du fœtus, drainage.

LIX. — **Obseravtion de Moseley.** (Americ. jour. of abstetrics, 1898.)

Femme II-pare. — Douleurs depuis le troisième mois. Mère morte le lendemain de l'opération.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie d'urgence le quatrième mois pour hémorragie interne ; ablation de la trompe rompue contenant un fœtus de quatre mois.

LX. — **Obseravtion de Boyd.** (The med. News., 1898.)

Femme de 29 ans, II-pare. — Douleurs, vomissements, metrorragie pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie : ablation de la trompe gravide.

LXI. — **Observation de Miller.** (New-Orleans med. and surgery jour., 1898.)

Femme. — Signes de rupture de la trompe après l'avortement utérin. Mère morte.

Fœtus intra-utérin mort ; avortement le troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

LXII. — **Observation de Brock Well.** (Medical Record, 1898.)

Femme de 27 ans, I-pare. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Fœtus intra-utérin mort : retiré avec une curette.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie : ligature de la trompe rompue. Nettoyage de la cavité peritonéale.

LXIII. — **Observation de Dittel.** (Zentralblatt fur gyn., 1898.)

Femme de 40 ans, VI-pare. — Douleurs et metrorragies depuis le deuxième mois.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement quatre semaines après la laparotomie.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparatomie : ablation d'une grossesse tubaire de trois mois.

LXIV. — **Observation de Mathewson.** (Traus. of Calirf med. Soc., 1898.)

Femme. — Après l'accouchement normal, on sent une deuxième tumeur avec mouvements fœtaux évidents.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin resorbé.

Traitement : ponction avec un gros trocart du sac fœtal d'abord, puis du fœtus lui-même ; retraction progressive de la poche.

LXV. — **Obseravtion de Hermes.** (Deutsch med. Wochens chr., 1898.)

Femme de 30 ans, VIII-pare. — Signes d'hémorragie interne grave le troisième mois.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme .

Fœtus extra-utérin mort la neuvième semaine.

Traitement : laparotomie le troisième mois ; ablation d'une grossesse tubaire gauche rompue.

LXVI. — **Observation de W. Strauss.** (Zeitchri. f. geb. med. gyn., 1900.)

Femme de 34 ans, II-pare. — Diagnostic posé à la fin du troisième mois.

Mère morte de septicémie deux mois après l'opération.

Fœtus intra-utérin mort : avortement vingt-quatre jours la laparotomie.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour hémorragies internes successives le troisième mois ; ablation d'une grossesse tubaire rompue.

LXVII. — **Obseravtion de Belaustegni.** (Revista Société. méd. argent., 1900.)

Femme de 33 ans, II-pare. — Douleurs, metrorragies pendant la grossesse. — Constatation d'une tumeur. Mère guérie

Fœtus intra-utérin mort : avortement le troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour violentes douleurs deux mois après l'avortement. Extirpation du sac fœtal adhérent, contenant des caillots et un fœtus macéré de trois ou quatre mois.

LXVIII. — **Observation de Engstrom.** (Schwangers, Belrin, 1901.)

Femme de 29 ans, II-pare. — Douleurs et hémorragies. Constation d'une tumeur à côté de l'utérus, augmentée de volume.

Mère guérie.

Fœus intra-utérin mort : avortement de trois mois, un mois après la laparotomie.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparatomie, ablation de la trompe rompue.

LXIX. — **Obsrevation de Warnek.** (Med. obozrenie, Moscou, 1901.)

Femme de 34 ans, VIII-pare. — Douleurs et hémorragies pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur que l'on prend pour une grossesse tubaire.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : avortement tubaire.

Traitement : laparotomie exploratrice le sixième mois de la grossesse.

LXX. — **Observation de Kochanow.** (Jour. akush. i jensk Boliezn, Saint-Pétersbourg, 1901.)

Femme de 30 ans, multipare. — Syncopes, faiblesses, hémorragies pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur au-dessus de la symphyse. — Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de quatre mois, vingt-trois jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort : avortement tubaire.

Traitement : laparotomie.

LXXI. — **Observation de Cantwell.** (Medical Record, 1901.)

Femme de 37 ans, II-pare. — Douleurs, vomissements et metrorragies pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur derrière l'utérus.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de trois mois le lendemain de l'oépration.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour grossesse ectopique ; ablation de la trompe gravide.

LXXII. — **Observation de Zinke.** (Amer. jour. of obst. 1901.)

Femme. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : cœliotomie ; ablation de la trompe.

LXXIII.— **Observation de Moulonguet** (Gaz. med., Picardie, 1902.)

Femme, II-pare. — Violentes douleurs pendant la grossesse. Pas d'hémorragie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : à deux mois.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gauche, qui contenait un fœtus mort, de deux mois.

LXX. — **Perkins.** (Boston Méd and surgery journal, 1902.)

Femme. — Signes de grossesse ectopique. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement un mois après l'opération.

FFœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; extirpation de la grossesse ectopique.

LXXV. — **Observation de Bichat,** (Revue de gyn. et chir. abdominale, 1903.)

Femme de 28 ans, V-pare. — Douleurs pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur liquide après l'accouchement.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie deux mois et demi après l'accouchement : ouverture d'une poche adhérente à la paroi contenant du liquide noirâtre et des débris placentaires ; drainage.

LXXVI. — **Observation de Chrobak.** (In Thèse de Pacalin Paris, 1903.)

Femme de 38 ans, V-pare. — Depuis le quatrième mois de la grossesse, douleurs abdominales. Constatation d'une tumeur après l'accouchement. Mouvements fœtaux.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin vit.

Traitement : laparotomie après l'accouchement, qui permet de retirer un enfant vivant.

LXXVII. — **Observation de Pollosson.** (Thèse Pacalin, Paris 1903.)

Femme de 33 ans, I-pare. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de trois mois le jour même de l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; évacuation des caillots ; ablation de la trompe droite.

LXXVII. — **Observation de Meyer.** (Zentralblatt, für gyn., 1903.)

Femme de 34 ans. — Constatation d'une tumeur dans le Douglas.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement d'un fœtus mort.

Fœtus extra-utérin mort : dix semaines.

Traitement : incision de la tumeur par le vagin.

LXXIX. — **Observation de Meyer.** (Zentralblatt, f. gyn., 1903.)

Femme de 25 ans, I-pare. — Douleur dans le bas-ventre et signes de compression après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement la quatrième semaine.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitemen : laparotomie, extirpation du sac fœtal.

LXXX. — **Observation de Geyl.** (Zentralblatt, für gyn., 1903.)

Femme de 35 ans, I-pare. — Constatation d'une tumeur piriforme, élastique pendant la grossesse. Dans cette tumeur on sent des petites parties fœtales.

Mère morte.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de quatre mois, deux jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort : à quatre mois.

Traitement : laparotomie.

LZXXI. — **Observation de Balfour Marshall.** (Jour. of Obst. and gyn. of Bri. Emp., 1903.)

Femme. — Signes de rupture tubaire. Constatation d'une tumeur dans le bas-ventre.

Mère morte.

Fœus intra-utérin mort : (constaté à l'autopsie) : à trois mois.

Fœtus extra-utérin mort : à huit mois.

Traitement : laparotomie ; hystérectomie.

LXXXII. — **Observation de Purefoy.** (Dublin, journal of science, 1903.)

Femme de 23 ans, II-pare. — Fortes douleurs et hémorragies pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur à gauche de l'utérus.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de quatres semaines, quelques semaines après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gauche.

LXXXIII. — **Observation de Reifforcheid.** (Zentralblatt, f. gyn., 1903.)

Femme de 26 ans. — Douleurs dans le bas-ventre, sans hémorragies, pendant la grossesse. Laparotomie : l'opération met à découvert un utérus gravide de 3 mois et un avortement tubaire.

LXXXIV. — **Observation de Dupouy.** (Thèse de Paris, 1904.)

Femme de 32 ans, O-pare. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Mère morte : infecion puerpérale.

Fœtus intra-utérin mort : avortement de deux mois et demi, trois jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort : à deux mois et demi.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe rompue.

LXXXV. — **Observation de Potéenko.** (Jour., akouch., jeuki Bolezni, St-Pétersbourg, 1904.)

Femme.

Fœtus intra-utérin mort : à trois mois.

Fœtus extra-utérin mort : à six mois.

LXXXVI. — **Observation de Anthony.** (Brist., Méd., Jour., 1904.)

Femme de 23 ans. — Violentes douleurs pendant la grossesse.

Mère morte (suicide).

Fœtus intra-utérin mort (constaté à l'autopsie) : à sept mois.

Fœtus extra-utérin mort (constaté à l'autopsie) : à terme

LXXXVII. — **Observation de Simpson.** (Amer., jour. of Obst., 1904.)

Femme. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie au troisième ; mais extirpation de la grossesse pour rupture tubaire de la trompe rompue et du fœtus.

LXXXVIII. — **Observation de Mirabeau.** (Zentralblatt, für gyn., 1904.)

Femme âgée de 38 ans, II-pare. — Hémorragies ; constatation d'une tumeur après l'avortement utérin.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour rupture tubaire.

LXXXIX. — **Observation de Wiener.** (Zentralblatt, f. gyn., 1904.)

Femme de 37 ans, VI-pare. — Hémorragies irrégulières pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur, qui fait part de la trope droite.

Diagnostic de grossesse intra et extra-utérine.

Laparotomie.

XC. — **Observation de Allardice.** (British, jour. méd., 1905.)

Femme de 24 ans, I-pare. — Signes de rupture tubaire la huitième semaine de la grossesse. Continution de développement des deux fœtus. Constatation d'une tumeur après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : accouchement prématuré le sixième mois.

Fœtus extra-utérin mort : à sept mois.

Traitement : laparotomie après l'avortement utérin ; extirpation du fœtus extra-utérin, abandon du placenta. Infection. Deuxième opération ; extirpation de placenta ; marsupialisation ; drainage.

XCI. — **Observation de Gangolphe.** (Lyon, médical, 1905.)

Femme de 40 ans, VIII-pare. — Hémorragies, bientôt suivies des douleurs, vomissements pendant la grossesse. Constatation d'une hématocèle retro-utérine.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au quatrième mois, neuf jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : incision de l'hématocèle par le vagin, drainage.

XCII. — **Observation de Gardner.** (Medical Record, 1905.)

Femme de 40 ans, II-pare. — Douleurs, hémorragies dès le début de la grossesse. Constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et d'un utérus augmenté de volume.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au quatrième mois, le surlendemain de l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; extirpation du sac fœtal.

XCIII. — **Observation de Weibel.** (Monats. f. zebur. und gynak., 1905.)

Femme de 30 ans, VII-pare. — Douleurs et hémorragies pendant la grossesse. Tumeur reconnue après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort : à deux mois.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gauche ; incision l'hématocèle.

XCIV. — **Observation de Haag.** (Zentralblatt, f. gyn., 1905.)

Femme de 37 ans, II-pare. — Tumeur reconnue pendant la grossesse.

Mère morte, 5 heures après l'opération.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie.

XCV. — **Observation de Haag.** (Zentralblatt, fur gyn., 1905.)

Femme de 29 ans, I-pare. — Constatation d'une tumeur pendant la grossesse.

Laparotomie : extirpation d'un fœtus de 40-45 cm. macéré.

XCVI. — **Observation de Gobiet.** (Zentralblatt, f. gyn., 1905.)

Femme de 32 ans, V-pare. — Violentes douleurs pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur derrière l'utérus, augmenté de volume. Diagnostic de grossesse gemellaire intra et extra-utérine.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement le troisième mois, 20 heures après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; extirpation du sac ; drainage.

XCVII. — **Observation de Neugebauer.** (Zentralblatt, f. gyn. 1905.)

Femme, III-pare. Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Mère morte des hémorragies.

Fœtus intra-utérin mort : à dix semaines.

Fœtus extra-utérin mort (constaté à l'autopsie) : à dix-sept jours.

XCVIII. — **Observation de Neugebauer.** (Zentralblatt, f. gyn. 1905.)

Femme de 23 ans, O-pare. Signes de rupture tubaire, 10 jours après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie médiane ; ablation des annexes droites ; nettoyage de la cavité péritonéale.

XCIX. — **Observation de Lapeyre.** (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1906.)

Femme de 27 ans, I-pare. Constatation d'une tumeur pendant la grossesse. On prend la tumeur pour un kyste d'ovaire.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort : à quatre mois.

Traitement : laparotomie six semaines après l'accouchement ; ablation de la trompe gravide.

C. — **Observation de Franz.** (Gesell, für Gebur, und gyn., 1906.)

Femme de 32 ans. — Constatation d'une tumeur à droite de l'utérus gravide.

Mère guérie.

Fœtus extra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort : à 5 mois.

Traitement : laparotomie ; extirpation du fœtus extra-utérin.

CI. — **Observation de Schumacher.** (Bonner, Dissertationen, 1907.)

Femme, XV-pare. — Constatation d'une tumeur pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : avortement au deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie cinq jours après l'avortement utérin. Ablation des annexes étroites et gauches.

CII. — **Observation de Chawannaz.** (La province médicale, 1908.)

Femme de 35 ans, O-pare. — Signes de rupture, quelques jours après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort ; avortement criminel au deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation des annexes gauches et droites ; hystérectomie totale ; drainage.

CIII. — **Observation de Immel.** Monatssch, für Gebur, und Gyn., 1908.)

Femmes de 40 ans, III-pare. — Signes de rupture tubaire.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au deuxième mois, quinze jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gauche rompue.

CIV. — **Observation de Bichat et Marchal.** (Revue Médicale de l'Est, 1909.)

Femme de 29 ans, III-pare. — Apparition brusque de phénomènes péritonéaux qui font penser à un avortement tubo-ovarien.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérins (jumeaux) vivent : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; extirpation du sac fœtal.

CV. — **Observation de Girschow.** (Journal akusch. shenski holpezni, 1909.)

Femme de 22 ans, I-pare, dessent depuis quatre mois les symptômes de grossesse extra-utérine.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement neuf jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : extirpation de la trompe gravide par le vagin.

CVI. — **Observation de Rosenberger.** (Zentralblatt, f. gynec., 1909.)

Femme de 39 ans, II-pare. — Douleurs dans le bas-ventre. Constatation d'une tumeur pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gauche ; hystérectomie.

CVII. — **Observation de Guillet.** (Société d'obstet. de Paris, 1909.)

Femme. — Signes de rupture tubaire.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide ; hystérectomie.

CVIII. — **Observation de Norris.** (Surgery, gynécology, and obstretice, 1909.)

Femme de 25 ans, O-pare. — Constatation d'une tumeur pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : extirpé pendant l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation des annexes gauches ; hystérotomie.

CIX. — **Observation de Arnold Leo.** (Zentralblatt, f. gyn., 1909.)

Femme de 31 ans. — Vives douleurs dans le bas-ventre. Constatation d'une tumeur à côté de l'utérus, augmenté de volume.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie au deuxième mois de la grossesse ; ablation de la trompe gauche, contenant un fœtus vivant.

CX. — **Observation de Barrio**. (Thèse de Paris, 1910.)

Femme de 38 ans. — Douleurs abdominales, surtout dans la région iliaque droite. Constatation d'une masse grosse comme une mandarine dans le cul-de-sac droit.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : à six semaines.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour grossesse ectopique ; hystérectomie subtotale.

CXI. — **Observation de Haim**. (Prager, méd., Wochensch, 1910.)

Femme de 33 ans, II-pare. — Douleurs vives dans le ventre vomissements, syncopes.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie la sixième semaine de la grossesse ; extirpation de la trompe gravide.

CXII. — **Observation de Wotthauer**. (Zentralblatt, f. gyn., 1910.)

Femme. — Vives douleurs. Dans le Douglas une hématocèle ; la trompe augmentée de volume.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie le troisième mois de la grossesse ; nettoyage de la cavité ; éritonéale ; ligature de la trompe.

CXIII. — **Observation de Ehrendorfer.** (Wiener, Klin. Wochensch., 1910.)

Femme de 36 ans, VIII-pare. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur en arrière et à gauche de l'utérus. Utérus augmenté de volume. Diagnostic de grossesse gémellaire intre et extra-utérine.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au quatrième mois, seize heures après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort : à quatre mois. — Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide.

CXIV. — **Observation de Neugebauer.** (Zentralblatt, f. gyn., 1910.)

Femme de 37 ans. — Vives douleurs dans le bas-ventre quatre semaines après le début de la grossesse. Constatation d'une hématocèle.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième mois, deux jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe rompue.

CXV. — **Observations de Henri et Chamard.** (Zentralblatt, f. gyn., 1911.)

Femme de 33 ans, III-pare. — Tumeur reconnue après l'accouchement du fœtus utérin.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie après l'accouchement ; ablation de la trompe, contenant un liquide salle et un fœtus.

CXVI. — **Observation de Cara.** (Zentralb latt, f. gyn., 1911.)

Femme. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Fœtus intra-utérin vit.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : colpotomie.

CXVII. — **Observation de Potier et Bary.** (Bull. de la Société anat. de Paris, 1912.)

Femme de 37 ans, I-pare. — Signes de rupture tubaire après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie pour hématosalpynx cinquante jours après l'avotement utérin ; hystéectomie subtotale.

CXVIII. — **Observation de Duffek.** (Zentralblatt, f. gyn., 1912.)

Femme de 32 ans. — Signes de rupture tubaire pendant la grossesse.

Mère guérie.

Fœtus extra-utérin mort.

Fœtus intra-utérin vit.

Traitement : laparotomie au troisième mois de la grossesse ; ablation de la trompe rompue.

CXIX. — **Observation de Pijade.** (Srpski ark. za cebokupne lekarstvo, 1912.)

Femme de 27 ans, I-pare. — Signes de rupture tubaire dix-huit jours après l'avortement utérin.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au deuxième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie ; ablation de la trompe gravide.

CXX. — **Observation de Weiss.** (Bull. de la Société d'obstétrique et de gyn., Paris 1913.)

Femme de 40 ans, multipare. — Signes de hématocèle retro-utérine. Constatation d'une masse volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas ; utérus augmenté de volume.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement huit jours après l'opération.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : colpotomie ; drainage.

CXXI. — **Observation de Vautrin.** (Bull. de la Société d'obstétrique et de gyn., 1913.)

Femme de 36 ans, III-pare. — Violentes douleurs, vomissements bilieux, fièvre avant l'avortement utérin. Après l'avortement constatation d'une tumeur, prise d'abord pour un fibrome puis pour un kyste ovarique.

Mère guérie

Fœtus intra-utérin mort : avortement au quatrième mois.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotmoie un mois après l'avortement utérin ; nettoyage de la cavité périfonéale ; extirpation du sac fœtal et des annexes gauches.

CXXII. — **Observation de Desgouttes.** (Lyon, chirurgical, 1913.)

Femme de 31 ans, II-pare. — Signes de rupture tubaire avant l'avortement utérin. Douleurs, légères hémorragies, constatation d'une tumeur après l'avortement.

Mère guérie.

Fœtus intra-utérin mort : avortement au troisième jour.

Fœtus extra-utérin mort.

Traitement : laparotomie trois mois après l'avortement ; ablation des annexes gauches.

# CONCLUSION

I. — La coexistence de grossesse utérine et extra-utérine avec développement simultané de deux fœtus est un fait relativement rare dans la science médicale. Les cas publiés et étudiés se sont multipliés ces dernières années. Nous avons réussi à réunir 123 observations, dont une inédite.

II. — La fréquece des grossesses doubles anormales par rapport aux autres grossesses restera difficile à évaluer tant qu'on n'aura pas apporté à cette étude des données certaines et absolument scientifiques.

III. — L'étiologie de cette variété de grossesses est incertaine, tant au point de vue des antécédents obstétricaux que pathologiques.

IV. — Sa symptomatologie n'est pas moins obscure. Les deux phénomènes qui semblent caractéristiques sont les hémorragies et les douleurs coïncidant avec une tuméfaction annexielle indépendante d'un utérus plus hypertrophié que dans le cas de grossesse ectopique simple, le tout apparaissant avec les symptômes généraux ordinaires de la grossesse.

V. — Son évolution est variable. Chacune de ces grossesses exerce sur l'autre une influence réelle. Elles sont

une complication réciproque l'une de l'autre.

VI. — Le diagnostic est difficile, surtout au début ; à partir du cinquième mois il devient plus facile. Très souvent la découverte de la coexistence de deux grossesses constitue une surprise pour l'opérateur.

VII. — Le pronostic, très sombre autrefois, se trouve aujourd'hui considérablement amélioré par suite des progrès du diagnostic, de l'antisepsie et des procédés opératoires.

VIII. — Le traitement doit être conservateur autant que possible. La règle sera de sauver la mère plutôt que les enfants et de faire passer la conservation du fœtus utérin avant celle du fœtus extra-utérin.

---

Vu :
*Nancy, le 10 Juillet 1913*
Le Président de la Thèse :
WEISS.

Vu:
*Nancy, le 11 Juillet 1913*
Le Doyen :
GROSS

Vu et permis d'imprimer
*Nancy, le 12 Juillet 1913*
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM
*Correspondant de l'Institut.*

# Table des matières


Pages

Introduction ..... 5

Chapitre I. — Historique ..... 13

Chapitre II. — Fréquence... ..... 17

Chapitre III. — Etiologie.. ..... 19

Chapitre IV. — Etude Clinique ..... 21

Chapitre V. — Diagnoctic..... 29

Chapitre VI. — Pronostic..... 35

Chapitre VII. — Traitement. ..... 39

Chapitre VIII. — Observations..... 45

Conclusions..... 75